

## #2 JOANR 入力用フォーム 関節鏡視下手術（股関節）

JOANR 調査票

症例毎に記入。調査票はコピーしてご使用下さい。

|     |    |   |   |      |     |  |    |  |
|-----|----|---|---|------|-----|--|----|--|
| 手術日 | 西暦 | 年 | 月 | 日( ) | 入力者 |  | 備考 |  |
|-----|----|---|---|------|-----|--|----|--|

### A 基本項目

|                  |      |   |        |        |         |      |     |  |        |  |     |
|------------------|------|---|--------|--------|---------|------|-----|--|--------|--|-----|
| 手術日              | 年    | 月 | 日      | 加工 ID  |         |      |     |  |        |  |     |
| 患者姓名 (カタカナ)      | 姓名 [ |   | ]      | 患者生年月日 | 年 月 日   |      |     |  |        |  |     |
| 患者生まれた場所 (都道府県名) |      |   |        | 患者性別   | 男性 / 女性 |      |     |  |        |  |     |
| 術式               |      |   |        | 病名     |         |      |     |  |        |  |     |
| 手術時間             | [    |   | ] 時間 [ |        | ] 分     | 麻酔時間 | [   |  | ] 時間 [ |  | ] 分 |
| 術者氏名             | 姓名 [ |   | ]      | 助手氏名   | 姓名 [    |      | ]   |  |        |  |     |
| 看護師数             | [    |   | ] 人    | 技師数    | [       |      | ] 人 |  |        |  |     |

### B 症例のプロファイル

|                  |          |                   |         |
|------------------|----------|-------------------|---------|
| 身長               | cm       | 体重                | kg      |
| スポーツ関連の疾患・治療であるか | いいえ / はい | 術中のトラブルや問題の発生について | なし / あり |

### C 手術内容

|   |  |  |
|---|--|--|
| 実施した鏡視下手術<br>実施した鏡視下手術にチェックを入れ、<br>該当項目に○をつけてください | <input type="checkbox"/> 股関節インピンジメント (FAI) | cam のみ / Pincer のみ / 混合型 / 処置せず Left in situ         |
|   | <input type="checkbox"/> 股関節唇処置            |  |
|   | 股関節唇処置の詳細                                  | 部分切除 / 蒸散 / アンカー縫合 / 移植腱を用いた再建 ( )                   |
|   | <input type="checkbox"/> 白蓋縁領域の MAHORN 分類  |  |
|   | Grade                                      | 1a i / 1a ii / 1b i / 1b ii / 2 i / 2 ii / 3 / 4 / 5 |
|   | 白蓋縁領域のMAHORN分類                             | 蒸散 / マイクロフラクチャー / アンカー縫合                             |
|   | <input type="checkbox"/> 大腿骨頭靭帯            |  |
|   | 大腿骨頭靭帯の詳細                                  | デブリードメント / 蒸散 / 移植腱を用いた再建 ( )                        |
|   | <input type="checkbox"/> 遊離体               |  |
|   | 遊離体の詳細                                     | 摘出術 [ ] 個 / 滑膜性骨軟骨腫症                                 |
| <input type="checkbox"/> 白蓋形成不全の処置                |  |  |
| 白蓋形成不全の処置   | 関節鏡手術のみ / 骨きりと併用 / 白蓋形成術と併用 / その他 ( )      |  |
| <input type="checkbox"/> その他 ( )                  |  |  |

### D 灌流液

|                              |  |           |
|------------------------------|--|-----------|
| 使用した灌流液<br>○をつけ、使用量を記載してください | <input type="checkbox"/> アルスロマッチック関節用灌流液 | 使用量 [ ] L |
|                              | <input type="checkbox"/> 生理食塩液           | 使用量 [ ] L |
|                              | <input type="checkbox"/> その他 ( )         | 使用量 [ ] L |

### E その他特記事項

|      |  |
|------|--|
| 特記事項 |  |
|------|--|